

СТРУКТУРА И ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ СМЕШАННЫХ РОТАВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

Ляховская Н.В., Дмитраченко Т.И.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. Острые кишечные инфекции (ОКИ) относятся к числу самых массовых инфекционных заболеваний. В последние годы отмечается отчетливая тенденция в изменении этиологической значимости патогенов, вызывающих ОКИ у детей [1]. В настоящее время в мире 50-80% случаев ОКИ у детей обусловлены вирусами. Ведущая роль среди них принадлежит ротавирусам [2]. По оценкам экспертов ВОЗ, практически каждый ребенок в течение первых 5 лет жизни переносит ротавирусный гастроэнтерит независимо от расы и социально-экономического статуса, нанося значительный экономический ущерб системе здравоохранения и обществу. Ежегодно ротавирусы вызывают более 137 миллионов случаев детского гастроэнтерита и более 500 000 смертей в год во всем мире [3].

Однако, в связи с успехами в изучении этиологии ОКИ, открытием новых возбудителей и совершенствованием методов диагностики сохраняет свою актуальность проблема смешанных вирусно-бактериальных ОКИ. По данным разных авторов частота выявления смешанных форм ОКИ колеблется от 7,3 до 40%. Такие различия в частоте выявления смешанных вариантов течения ОКИ связаны с отсутствием четких критериев постановки диагноза «смешанная кишечная инфекция», а также определения этиологической роли каждого из выделенных возбудителей в генезе заболевания [4].

Целью нашего исследования явилось изучение этиологической структуры смешанных вирусно-бактериальных форм ОКИ у детей младшего возраста и выявление особенностей их клинического течения.

Материалы и методы. Этиологическая структура и клинические особенности течения смешанных форм ОКИ у детей младшего возраста определялись посредством анализа течения заболевания у 145 больных с лабораторно подтвержденным диагнозом, находившихся на лечении в Витебской областной инфекционной клинической больнице (ВОИКБ) в 2007-2008 гг. Этиология заболевания устанавливалась путем обнаружения антигенов ротавируса методом ИФА в копрофильтатах больных, патогенные и условно-патогенные энтеробактерии выделялись обычными бактериологическими методами из кала, рвотных масс или промывных вод желудка. Для оценки течения заболевания применяли клинические и лабораторные методы.

Результаты и обсуждение. Было проанализировано течение ротавирусной инфекции у 145 детей младшего возраста. Из них у 66 (45,5%) была диагностирована моно-ротавирусная инфекция, а у 79 (54,4%) микст-ротавирусно-бактериальная инфекция. Это значительно отличается от данных зарубежных авторов, где смешанная этиология вирусных ОКИ у детей устанавливается лишь в 16,7% случаев, в структуре которой 94% составляют вирусно-вирусные ассоциации [4]. В наших условиях это может быть связано как с поздним поступлением больных в стационар, так и с нарушением правил обследования и, в первую очередь, недостатками лабораторной диагностики

Структура микст-ротавирусной инфекции представлена на рис 1.

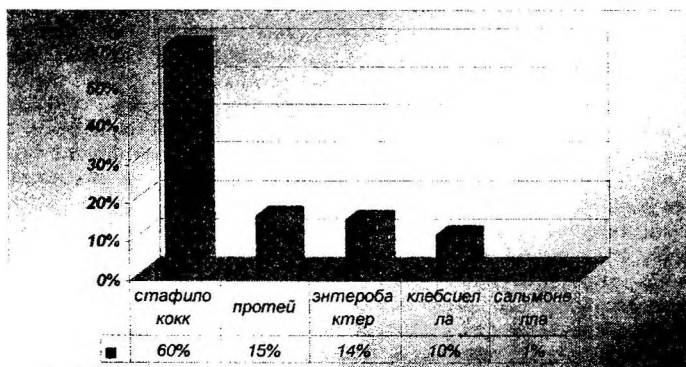


Рис. 1. Структура микст-ротавирусной инфекции у детей до 3 лет (ВОИКБ, 2007-2008 гг.)

Как видно из представленного рисунка, обнаружение ротавируса сопровождалось выделением условно-патогенной флоры, наиболее частым представителем которой явился *St. aureus*. Только в 1% случаев была диагностирована микст-инфекция ротавирус+сальмонелла энтеритидис. Это указывает на то, что в случаях, когда диагноз устанавливается клинико-эпидемиологически или при наличии преимущественно инвазивной диареи, как правило, не проводится обследование, направленное на выделение ротавируса, или не учитываются его результаты, что снижает истинные показатели заболеваемости ротавирусной инфекцией (РВИ) и может способствовать её распространению в стационаре

В возрастной структуре как моно-РВИ, так и смешанных форм преобладали дети младшего возраста: при моно-РВИ дети до года составили 30,6%, до 3 лет - 69,4%, при микст-бактериально-ротавирусной инфекции 34,8% и 52,2% больных соответственно

В ходе анализа сезонности микст-ротавирусно-бактериальных ОКИ была установлена четкая зимне-весенняя сезонность с пиком заболеваемости зимой - 59,5%, что характерно и для моно-ротавирусной инфекции

Сравнительный анализ клинических проявлений моно- и микст-ротавирусной инфекции у детей младшего возраста показал, что смешанная инфекция практически в 100% случаев протекала в тяжелой и среднетяжелой формах. В среднем дети с микст-ротавирусной инфекцией находились в стационаре 7,7 дней против - 5,9 при моно-РВИ. У всех детей регистрировали диарею. Причем у 33 детей (42% случаев) она протекала по типу гастроэнтероколита, у 44 детей (56%) - гастроэнтерита и только у 2 детей (4%)

регистрировали энтерит. Кратность диареи составила 6,2 раза (5,8 при моно-РВИ) с длительностью у 64% пациентов до 6 дней против 3,5 дней при моно-РВИ.

Рвота наблюдалась у 41 ребенка (91,1%) в первый день, в 88,8% отмечалась многократная рвота. При анализе копрологического исследования у детей при микст-РВИ в 85,4% случаев обнаруживались патологические примеси (слизь, лейкоциты, гной). Лихорадка отмечалась у всех детей с микст-РВИ, у 55 детей (69%) была на уровне 38°C-39°C с продолжительностью 3-6 дней. Катаральные явления были выявлены только у 13 детей (17%). У 10 детей (13%) микст-РВИ осложнилась развитием токсической нефропатии.

Выводы.

1. Возрастной состав и эпидемический процесс микст-бактериально-ротавирусной инфекции определяет присутствие в ней ротавируса, что характеризуется четкой зимне-весенней сезонностью.

2. Клинику микст-ротавирусно-бактериальной инфекции в большей степени определяют бактериальные агенты, что характеризуется рядом особенностей: более тяжелым и длительным течением, наличием симптомов гастроэнтероколита или энтероколита, выраженной лихорадкой, реже встречающимся респираторным синдромом.

Литература:

1. Gouvea V, Glass R I, Woods P. et al. // J.Clin. Microbiol. -1990/- Vol.28, №2 – P. 276 – 282.
2. Жираковская Е.В., Никифорова Н.А., Корсакова Т.Г. и др. // Эпид. и инф. болезни. – 2007 - №3 – С.32 – 36.
3. Kosek M., Bern C., Guerrant R. // Bull. Wld. Hlth. Org. – 2003/ - Vol. 81. – P. 197 – 204.
4. Мазанкова Л.Н., Ильина Н.О. // Детские инфекции – 2007 – №2 – С.65 – 68.